

# avis d'arrêt de travail

n°10170\*05  
PRN-PRE

initial  de prolongation (\*)

volet 1, à adresser  
au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil  
(art L.162-1-I-ter et L.162-4-4 L.315-2,L.321-1-5ème al, L.323-6, L.376-1, L.613-20, R.321-2,R.323-11-1,D.613-19,D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

## L'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 2 6 9 1 0 1 6 0 1 5 1 4 7 1 5

nom et prénom MAGERE RENAUD CHRISTELLE

(moyen d'assurance : si applicable, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier d'identité)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habitationnelle) (1)

code postal : ville :

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) L'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée  fonctionnaire  profession indépendante  activité non salariée agricole

sans emploi  date de cessation d'activité :

précisez votre situation (voir notice ①)

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice ②) : oui  date : / /

non

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ?

oui

non

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui

non

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial,  
cochez la case correspondante (voir notice ③) :

médecin remplaçant le médecin traitant   
ou le médecin prescripteur initial

médecin spécialiste consulté  
à la demande du médecin traitant

à l'occasion d'une  
hospitalisation

autre cas  précisez et indiquez le motif :

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale Mairie

n° téléphone : 055206160  
e-mail : mairie@maire.ville.fr

adresse 61 RUE DE LA REPUBLIQUE 16560 ASSAC-SADADE

## les renseignements médicaux (voir notice à destination du patient)

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : MAGERE RENAUD CHRISTELLE

- en toutes lettres : vingt-quatre juin deux mille vingt

\* et prescrit un arrêt de travail jusqu'au

et

- en chiffres : 2 4 0 6 2 0 2 0

inclus

sans rapport\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée (voir notice ④)

sans rapport\*  en rapport\*  avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice ⑤)

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées: oui  à partir du : 1 9 0 6 2 0 2 0 non

(l'exercice doit être prescrit à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ⑥)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non  oui  à partir du : 1 9 0 6 2 0 2 0 (voir notice ⑦)

\* et prescrit un temps partiel pour raison médicale du

(voir notice ⑧)

sans rapport\*\*  en rapport\*  avec une affection de longue durée (voir notice ⑨)

\*\*une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## éléments d'ordre médical (voir notice ⑩)

### Codification du motif médical

### OU éléments en toutes lettres :

Episode de bronchospasme avec désaturation au cours d'une anesthésie, chez une patiente asthmatique.

identification du praticien  
(nom et prénom)

DE LUSTRAC, Mercedes

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

C.H. ANGOULEME, ROND-POINT DE GIRAC

CS 55015 SAINT MICHEL, 16959 ANGOULEME

identifiant 1 0 0 0 3 9 7 8 3 3 4

n° de la structure : 1 6 0 0 0 0 2 5 3

(CIN/INSEE ou SIRET)

date 1 9 0 6 2 0 2 0

signature du praticien